

---

*Brösel, Gerrit; Köditz, Franka; Schmitt, Carsten :*

***Kostenträgerrechnung im Krankenhaus - Anforderungen unter  
DRG-Bedingungen***

---

*Zuerst erschienen in:*

Controlling & Management : ZfCM. - Wiesbaden : Gabler, ISSN 1614-1822 , 48. Jg. (2004), S. 247-253

# Kostenträgerrechnung im Krankenhaus – Anforderungen unter DRG-Bedingungen

Gerrit Brösel/Franka Köditz/Carsten Schmitt

## Notwendigkeit der Reform der Kostenrechnung im Krankenhaus

Im bis 2003 geltenden Vergütungssystem für stationäre Leistungen haben die Krankenhäuser etwa 75 % ihrer Erlöse aus tagesgleichen, nach Abteilungen differenzierten Pflegesätzen erzielt. Unter diesen Bedingungen war es für ein Krankenhaus wichtig, die Kosten pro Pflegetag und Abteilung zu erfassen und zu analysieren (Kostenarten- und -stellenrechnung). Dies erfolgte in einer einstufigen Divisionskalkulation aus den Jahresgesamtkosten der Abteilungen und des Hauses.

Seit 2004 – oder per Option der einzelnen Krankenhäuser bereits seit 2003 – gilt in deutschen Krankenhäusern jedoch ein neues Entgeltsystem, welches auf sog. Diagnosis Related Groups (DRGs) basiert (vgl. weiterführend Brösel/Klebingat 2002). „Das DRG-System stellt ein Patientenklassifikationssystem dar, auf dessen Grundlage Patienten anhand von Diagnosen bzw. Prozeduren einer kostenhomogenen Gruppe zugeordnet werden“ (Hoffjan 2003, S. 467). Mit diesem System werden nunmehr alle im DRG-Katalog abgebildeten Leistungen eines Krankenhauses (d. h. insgesamt über 90 %) weitgehend unabhängig von der Verweildauer des Patienten mit Pauschalen pro Be-

- Das neue Entgeltsystem (G-DRG-System) ruft grundlegende Veränderungen in den wirtschaftlichen Rahmenbedingungen von Krankenhäusern hervor.
- Die Kostenrechnung im Krankenhaus erfordert die Beachtung zahlreicher branchenimmanenter Besonderheiten.
- Das interne Steuerungssystem der Krankenhäuser war bisher vorwiegend auf Kostenstellen und Pflegetage, weniger jedoch auf die nunmehr ausdrücklich im Mittelpunkt stehende Kostenverursachung – die Patientenbehandlung – ausgerichtet.
- In Anbetracht der untergeordneten Bedeutung der Steuerung von Anzahl, Art und Preisen stationärer Behandlungen ist insbesondere in Akutkrankenhäusern eine Teilkostenrechnung nur von geringer Bedeutung.
- Der notwendige Umfang der Leistungserfassung muss sich sowohl für die behandlungsbegleitende Kalkulation als auch für die Nachkalkulation an den mit der Kostenrechnung verfolgten krankenhausindividuellen Zielen ausrichten.
- Für die Kostenrechnung im (Akut-)Krankenhaus sind vorwiegend die durchschnittlichen Kosten der Patienten einer DRG oder einer Leistung die entscheidenden Informationen, weil auch das DRG-Entgelt eine statistisch durchschnittliche Zielkostengröße darstellt.

handlungsfall vergütet. Hierzu wird für jede DRG – im deutschen System auch German-DRG, also kurz G-DRG bezeichnet – ein bundeseinheitliches „Relativgewicht“ herangezogen, das nach Multiplikation mit einem „Basisfallpreis“ – auch „Baserate“ oder „Basiswert“ genannt – den von den Krankenkassen zu vergütenden Festbetrag für den jeweiligen Fall ergibt. Dieser „Basisfallpreis“ wird zu-

nächst krankenhausindividuell als Quotient aus der verhandelten Erlösobergrenze des Budgets des Hauses und der Summe der Relativgewichte über alle DRGs berechnet. Nach derzeitiger Rechtslage soll der „Basisfallpreis“ ab 2005 landeseinheitlich im Rahmen der Selbstverwaltung (Landeskrankenhausgesellschaften und Kassen) bestimmt werden (vgl. Brösel/Klebingat 2002, S. 215 ff.).



**Dipl.-Kfm. Dr. rer. pol.  
Gerrit Brösel**  
Technische Universität Ilmenau,  
Fakultät für Wirtschaftswissenschaften,  
Fachgebiet Rechnungswesen/  
Controlling, Wissenschaftlicher

Assistent (C1) und Habilitand,  
Postfach 10 05 65, 98684 Ilmenau,  
E-Mail:  
gerrit.broesel@tu-ilmenau.de  
Telefon: 0 36 77/69 40 64,  
www.Konvergent-management.com

Mit der neuen Entgeltsystematik ändern sich die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen für Krankenhäuser grundlegend. In den meisten Krankenhäusern wird bis heute keine umfassende patientenbezogene Kostenrechnung im Sinne einer Kostenträgerrechnung zur Nachkalkulation der Fälle durchgeführt. Infolge des neuen Vergütungssystems sowie der daraus resultierenden Chancen und Risiken für die Krankenhäuser ist es für den wirtschaftlichen Erfolg bzw. die Kostendeckung der Krankenhäuser nun zwingend erforderlich, Informationen über die Fallkosten zu gewinnen. Dazu ist eine Kostenträgerrechnung unabdingbar. Der Patient als Kostenträger im Krankenhaus vereint auf sich unterschiedliche Leistungen aus den Bereichen Diagnostik, Therapie, Pflege, Unterkunft und Versorgung. Ausgehend von den Besonderheiten des Krankenhausbetriebs sowie der bisher praktizierten Kostenrechnung werden nachfolgend – vor dem Hintergrund der G-DRG-Einführung – Überlegungen zur Konzeption der Kostenträgerrechnung für Krankenhäuser angestellt.

### **Leistungsdefinition und weitere Besonderheiten des Wirtschaftsbetriebes „Krankenhaus“**

Gemäß der *ausbringungsorientierten Leistungsdefinition* (vgl. u. a. Brösel/Klebingat 2002, S. 217) besteht die eigentliche Leistung des Krankenhauses in der positiven Beeinflussung (Verbesserung) des Gesundheitszustandes der Patienten sowie in der Vorhaltung von Kapazitäten zur Befriedigung der sog. „Optionsnachfrage“. *Gesundheit* ist gemäß WHO (1946) „ein Zustand vollkommenen kör-

perlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen.“ Das Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie definierte Gesundheit 1997 als mehrdimensionales Phänomen, welches über den Zustand „Abwesenheit von Krankheit“ hinausreicht. Die positive Beeinflussung des Gesundheitszustandes umfasst somit die Heilung und/oder die Eindämmung einer Krankheit sowie die Linderung von Schmerzen. Die „Optionsnachfrage“ resultiert aus den Bedürfnissen der im Einzugsgebiet des Krankenhauses lebenden Bevölkerung, der das Vorhandensein des Krankenhauses die Sicherheit bietet, bei einer auftretenden Erkrankung oder bei einem Unfall eine entsprechende stationäre Behandlung zu erhalten. Diese Nachfrage wird im Sinne der Versorgungssicherheit durch die Vorhaltung von Krankenhausbetten sowie die dazugehörige Ausstattung mit Fachpersonal und Geräten befriedigt.

Da die ausbringungsorientierte Leistungsdefinition, welche die Primärleistung des Krankenhauses beschreibt, jedoch nur schwer operationalisierbar ist, wird zur Leistungsdefinition und -messung im Krankenhaus gewöhnlich auf die *prozessorientierte Darstellung* abgestellt (vgl. u. a. Brösel/Klebingat 2002, S. 217 f.). Dabei wird der Krankenhausleistungsprozess in einen primären und einen sekundären Prozess unterteilt. Die Sekundärleistungen „Diagnostik“, „Therapie“, „Pflege“ und „Hotelversorgung“ werden hierbei als Zwischenprodukte definiert und als Hilfsgrößen zur Leistungsdefinition eingesetzt. Diese Leistungen (Sekundärausbringung) ergeben sich als Produkt des sekundären Prozesses durch Kombination der Produktionsfaktoren eines

Krankenhauses (Sekundäreinbringung) und sollen – in den primären Leistungsprozess eingebracht (Primäreinbringung) – den Gesundheitszustand des Patienten positiv beeinflussen, um nach einer gewissen Anzahl von Pflegetagen zu einer Heilung und/oder einer Krankheitseindämmung zu führen (Primärausbringung). Der primäre und der sekundäre Leistungsprozess sind in Abbildung 1 graphisch dargestellt. Die Leistungserstellung erfolgt dabei in einer Art Werkstattorganisation (vgl. Baukmann 2001, S. 52 f.). Der Patient erhält direkte Leistungen aus den verschiedensten Bereichen der Diagnostik (z. B. Radiologie, Labor, Kardiologie), Therapie (z. B. OP, Endoskopie, Apotheke), Verpflegung (Küche) sowie Unterkunft und Pflege (Station). Im Unterschied zu deterministischen Prozessen in der Industrie sind die Leistungen der Patientenbehandlung jedoch stochastisch von Eigenheiten des einzelnen Patienten abhängig.

Die aus der Industrie bekannten Methoden und Instrumente der Kosten- und Leistungsrechnung lassen sich nur eingeschränkt auf das Krankenhaus übertragen, weil darüber hinaus auch folgende Besonderheiten zu beachten sind:

- Das Leistungsprogramm ist durch den vom jeweiligen Bundesland zugewiesenen *Versorgungsauftrag* (Krankenhausplan) festgelegt. Dieser stellt die Grundlage für die Budgetverhandlungen mit den Krankenkassen hinsichtlich der abrechenbaren Leistungen (Art und Anzahl der Fachabteilungen) für jedes Krankenhaus dar.
- Der *Grundsatz der Beitragssatzstabilität* wird weiterhin die Entgelthöhe pro Fall bestimmen, denn sowohl der krankenhausespezifische als auch der landesweite „Basisfallpreis“ werden –



**Dipl.-Ök. Dr. rer. pol.  
Franka Köditz**  
Kreiskrankenhaus Ilmenau,  
Oehrenstöcker Str. 32,  
98693 Ilmenau,  
Verwaltungsdirektorin,

Vor dem kleinen Holze 12,  
98708 Gehren,  
E-Mail: Franka.Koeditz@epost.de  
Tel. 03 67 83/8 16 66

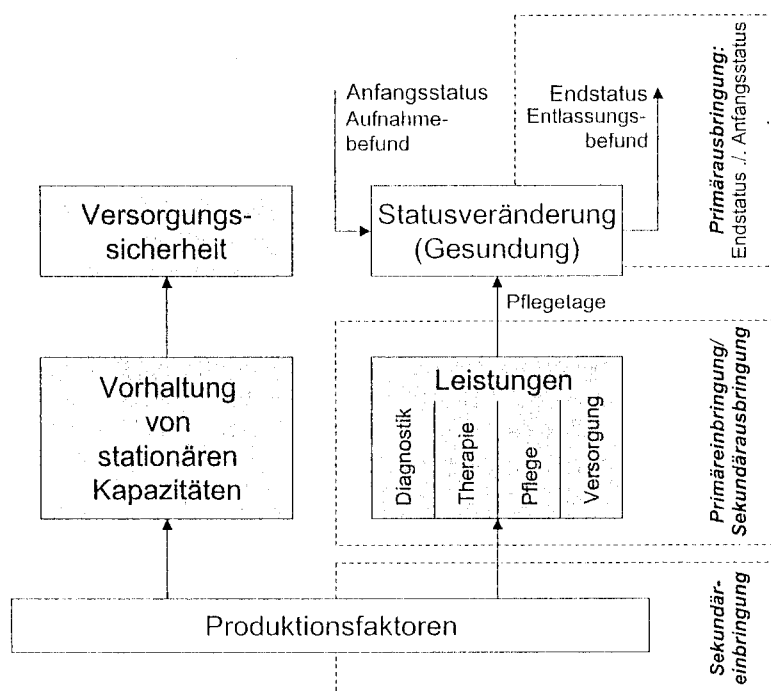


Abbildung 1: Primärer und sekundärer Leistungsprozess eines Krankenhauses  
(Brösel/Klebingat 2002, S. 218)

unter Beachtung der Budgetfestlegung nach Bundespflegesatzverordnung – die zur Verfügung stehenden, gedeckelten Budgetmittel als Berechnungsgrundlage haben.

- Während sich im Rahmen der geltenden *dualen Finanzierung* für Krankenhäuser gemäß Krankenhausfinanzierungsgesetz die Bundesländer für Investitionen verantwortlich zeichnen, dienen die Budgets der Krankenkassen der Deckung der laufenden Betriebsausgaben.
- Ein Krankenhaus kann seinen Patientenzustrom kaum steuern. Dies gilt vor allem für Häuser der Akut- und Re-

gelversorgung in ländlichen Gebieten, die zudem noch durch die große Breite der verschiedenen Erkrankungen beeinflusst werden. Im Zuge der Akut- und Notfallversorgung ist jeder Patient zu behandeln. Aufgrund des *stochastischen Patientenstroms* ist eine kurzfristige „Programmoptimierung“ nicht möglich und in bedarfswirtschaftlich orientierten Kliniken auch nicht erwünscht (vgl. Kraus et al. 2000, S. 287).

- Obwohl die *Kostenrechnung* zum internen Rechnungswesen zu zählen ist, existieren im Krankenhaussektor *umfangreiche externe Regelungen*

(z. B. Abgrenzungsverordnung – AbgrV, Krankenhausbuchführungsverordnung – KHfBV, Bundespflegesatzverordnung – BpflV mit Schemata zur Kalkulation des sog. leistungsgerechten Budgets), die vorschreiben, wie die Kostenrechnung zu erfolgen hat und welchen Zielen sie dienen soll.

## Kostenrechnung im Krankenhaus – Status Quo

Die Kostenrechnung orientiert sich bis heute in vielen Krankenhäusern sehr stark nur an diesen als Mindestanforderungen zu interpretierenden Regelungen und ist dabei vorwiegend auf externe Informationsbedürfnisse ausgerichtet (vgl. Greiling 2000, S. 81). Sie wurde seit der gesetzlich vorgeschriebenen Einführung im Jahre 1978 überwiegend auf Grund der Vorschriften und weniger aus Einsicht angewandt (vgl. Baukmann 2001, S. 295). Der Druck, eine steuerungsrelevante Kostenrechnung aufzubauen, war nicht vorhanden, weil das seit 1993 offiziell abgeschaffte Selbstkostendeckungsprinzip durch Budgetfortschreibungen und Erlösabzugsverfahren zumindest bis zur DRG-Einführung Bestand hatte.

Obwohl auch im bisherigen tagesbezogenen Vergütungssystem der Patient der sachgerechte Kostenträger war, wurde bislang *meist* der „Pflegetag“ als *Kostenträger* angesehen. Als Endkostenstellen in der Kostenrechnung kamen daher nur die Betten führenden Abteilungen in Frage. Für diese wurden dann durchschnittliche Krankenhauskosten pro Tag berechnet. Die Kosten von Bereichen, die, wie Labor, Röntgen oder Funktionsdiagnostik, Leistungen direkt am Patienten erbringen, wurden im Zuge der Kostenstellenrechnung auf die Stationen verrechnet. Auch



**Dipl. Wirtsch.-Ing.  
Carsten Schmitt**  
INA-Schaeffler KG, Produktionscontrolling,  
Controller, IF-HZA/ CP,  
Industriestraße 1–3,  
91074 Herzogenaurach,

E-Mail: carsten.schmitt@de.ina.com,  
Tel. 0 91 32/82-58 76

der Qualitätssicherung, dem Aufdecken organisatorischer Schwachstellen sowie der Straffung und Optimierung des Behandlungsablaufes dienen. Vor dem Hintergrund der untergeordneten Bedeutung der Steuerung von Anzahl, Art und Preisen stationärer Behandlungen ist vor allem in Akutkrankenhäusern eine Teilkostenrechnung von geringer Bedeutung; ihr Einsatz bei der Behandlungsprozesssteuerung erscheint zweifelhaft.

### ■ Umfang und Abgrenzung der fallbezogenen Leistungserfassung

Da die überwiegende Zahl der Abläufe bei der Versorgung der Patienten weder umfassend formalisierbar noch in allen Details wirtschaftlich erfassbar ist, gilt es, den notwendigen Umfang der patientenbezogenen Leistungserfassung bzw. die Art der verursachungsgerechten Kostenzuordnung (Umlageverfahren) für die entscheidungsunterstützende Kostenrechnung zu eruieren. Nunmehr steht jedoch nicht wie bisher die Rechenschaftslegung im Vordergrund; auch die Erfüllung externer Wünsche (der Selbstverwaltung) sollte nicht primäre Aufgabe der Kostenrechnung sein. Die Kostenrechnung hat in erster Linie die Steuerung und Beeinflussung des Verhaltens von Kosten- und Leistungsverantwortlichen sowie die Transparenz des Leistungs- und Kosten geschehens zu ermöglichen. Sie unterliegt der Zielstellung, dem *Krankenhausmanagement entscheidungsunterstützende Kosteninformationen* zur Planung, Steuerung und Kontrolle der Leitungsprozesse und des Leistungsprogramms zu liefern. Hinsichtlich des Umfangs der Leistungserfassung sollte daher diesbezüglich von den Minimalanforderungen des (oben beschriebenen) Kalkulationshandbuches ausgegangen werden, die zu modifizieren sind, wenn es zur Steuerung im Krankenhaus erforderlich ist. Es empfiehlt sich dabei, die Krankenhauskostenrechnung zukünftig *behandlungsbegleitend und ex post* durchzuführen. Eine behandlungsbegleitende Kostenträgerrechnung birgt allerdings die Gefahr, dass die Wahl der diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten mehr von der betriebswirtschaftlichen Bewertung als vom medizinischen

„State-of-the-Art“ dominiert wird. Hier auf ist bei der behandlungsbegleitenden Variante zu achten, weil diese Form der Rationierung in der Medizin nicht konform mit der Sozialgesetzgebung in Deutschland wäre und auch ethisch abzulehnen ist.

### ■ Behandlungsbegleitende Kalkulation

Eine behandlungsbegleitende Kalkulation der patientenbezogenen Behandlungskosten wendet sich vorwiegend an die Verantwortlichen für Leistungen und Kosten (Geschäftsführung, Krankenhausleitung, Chef- und Oberärzte, Leiter von Labor und Apotheke etc.) im Krankenhaus. Die Entscheidungen, welche Leistungen in welchem Umfang zu erbringen sind, ergeben sich dabei aus der medizinischen Notwendigkeit. Allerdings ist bei verbleibenden Entscheidungsspielräumen die Kostendeckung anzustreben. Dies ist durch eine entsprechende *Informationsversorgung der Ärzte* zu gewährleisten (vgl. Middendorf 2001, S. 175). Ärzte sollten wissen, welche Kosten aus ihren Anordnungen resultieren. Die begleitende Kalkulation hat daher eine Orientierung auf Kostenauswirkungen von Entscheidungen zu geben, bevor diese getroffen werden. Allerdings ist die Einordnung des Patienten ab 2004 in eine der über 800 G-DRGs auch von den Therapien abhängig, weshalb darüber hinaus die Erlösauswirkungen von ärztlichen Entscheidungen in der begleitenden Kalkulation angezeigt werden müssen.

Da sich die tatsächlichen Kosten der jeweils angeforderten Leistung für einen bestimmten Patienten erst ex post ermitteln lassen, sind für die begleitende Kalkulation *Plan- oder Normalkostensätze je Leistungseinheit* erforderlich. Für die patientenbezogene Leistungserfassung bedeutet dies, dass nur die Art der Leistung berücksichtigt werden muss (z. B. aus einem Leistungskatalog, in dem die Leistungen mit Punkten bewertet sind). Eine Messung der patientenindividuellen Leistungsdauer und eine individuelle Kostenverrechnung kommen für die begleitende Kalkulation zu spät. Aus Steuerungsaspekten ist es wichtig, dass bei

einer Leistungsanforderung überhaupt ein Betrag zum Ansatz kommt, der Anreize setzt, ausschließlich die medizinisch tatsächlich notwendigen Leistungen – wozu auch die Anzahl der Aufenthaltstage zählt – anzufordern.

Für Einzelentscheidungen ist es wichtig, die Kosten- und Erlöseffekte zu kennen. Zudem erscheint es sinnvoll, losgelöst vom Einzelfall Regeln zu schaffen, welche Leistung wann anzufordern ist (vgl. Baukmann 2001, S. 93). Hierbei ist jedoch wieder die bereits dargestellte Problematik des betriebswirtschaftlichen Einflusses auf die ärztliche Autonomie zu berücksichtigen. Die Notwendigkeit entsprechender Behandlungsleitlinien oder Patientenpfade wurde von vielen Krankenhäusern bereits erkannt. Mit der zunehmenden Konzentration auf Patientenpfade bzw. mit der fachgebietsbezogenen Standardisierung der Diagnostik wird auch die *prozessbezogene Bewertung der Abläufe* im Krankenhaus für die wirtschaftliche Gestaltung zunehmend an Bedeutung gewinnen.

### ■ Nachkalkulation

Im Rahmen der Nachkalkulation werden die Istkosten je Kostenträger am Ende einer Abrechnungsperiode ermittelt. Die Gegenüberstellung von Istkosten und Erlösen der stationären Behandlung zeigt den Gewinn oder Verlust durch die Behandlung des einzelnen stationären Patienten (*Kostenträgerstückrechnung*) oder von Fallgruppen (*Kostenträgerzeitrechnung*) an. Mit der Nachkalkulation sind innerbetriebliche Längs- und Querschnittvergleiche möglich. In Absprache mit anderen Häusern können auch externe Behandlungskosten verglichen werden. Im einfachsten Fall werden die eigenen Kostendaten mit den durchschnittlichen Kosten der anderen Häuser verglichen, die der DRG-Vergütung entsprechen. Vor allem der Vergleich mit dem eigenen Soll-Behandlungspfad ermöglicht das Erkennen von Preis- und Mengen- sowie Behandlungsabweichungen. Die Untersuchung von Preisabweichungen führt zur Kostenstellenkontrolle der leistungserbringenden Bereiche. Für die Kostenträgerrechnung sind die Behandlungsabweichungen relevant.

Der notwendige Umfang der Leistungserfassung muss sich wiederum an den mit der Nachkalkulation verfolgten Zielen ausrichten:

(1) *Langfristige Steuerung der Leistungserstellung:* Diese kann auf Standard-Behandlungsplänen und/oder auf einzelnen Handlungsanweisungen an die Ärzte basieren. Die Entwicklung von Behandlungsplänen wird sich im neuen Vergütungssystem über DRGs an den vergüteten Fallpauschalen-erlösen orientieren müssen (Zielkostenrechnung). Stellt sich in der Nachkalkulation heraus, dass in einer Fallgruppe durchschnittlich Verluste erwirtschaftet werden, sind im Zuge der Zielkostenanpassung die betreffenden Behandlungspläne zu überarbeiten. Die Leistungserfassung für die Kostenträgerrechnung ist demnach in erster Linie auf die Kosten pro Fallgruppe zu fokussieren. Die exakte Kostenermittlung für den einzelnen Patienten ist im Nachhinein nicht sinnvoll. Die Chancen, aus dem Vergleich der Kosten einzelner Patienten der Fallgruppe Kostensenkungspotenziale in der Behandlung zu identifizieren, sind als gering einzustufen. Es dürfte schwierig sein, systematische Gründe für Abweichungen unter den Patienten zu ermitteln, die für eine zukünftige Steuerung relevant sind. Da jeder Patient „einzigartig“ ist, spielen in der Behandlung Zufälle eine bedeutende Rolle. Wenn eine Operation oder Untersuchung bei einem Patienten doppelt so schnell erfolgt, wie bei einem anderen, kann daraus nicht geschlossen werden, dass bei Letzterem die Leistung schneller hätte erbracht werden können. Die Verbesserung von Behandlungsplänen (sog. Patientenpfade oder Leitlinien) sollte deshalb in interdisziplinären Expertenrunden (Ärzte, Pflegepersonal und kaufmännisches Personal) unter Beachtung der Entwicklung der Kostenträgerhöhe erfolgen (vgl. Roeder et al. 2003, S. 124 ff.).

Entscheidend für die langfristige Steuerung der Behandlung ist also die *Kostenträgerzeitrechnung*. Für die Leis-

tungserfassung heißt dies, dass eine durchschnittliche Kostenermittlung, z. B. über Leistungskataloge, ausreicht und nicht permanent patientenindividuelle Zeiten zu ermitteln sind. Der Abgleich mit den DRG-Erlösen (= Zielkosten) liefert zudem Aussagen über den Deckungsbeitrag der einzelnen Leistungsgruppe.

(2) *Langfristige Optimierung des Leistungsprogramms:* Eine kurzfristige Leistungsprogrammoptimierung ist im Akutkrankenhaus wegen des Kontrahierungszwangs und des Versorgungsauftrags kaum möglich. Hingegen ist in Krankenhäusern, die sich erfahrungsgemäß durch einen hohen Fixkostenanteil auszeichnen, insbesondere eine strategische Leistungsprogrammplanung wichtig (vgl. auch Hoffjan 2003). Das DRG-System wird zu Verschiebungen im Leistungsspektrum der Krankenhäuser führen. Das einzelne Haus steht vor der Frage, wie das Produktportfolio der Zukunft gestaltet werden sollte und ob eventuell eine Änderung des Versorgungsauftrags anzustreben ist. Da aber der Versorgungsauftrag in den meisten Fällen das Ergebnis von umfangreichen Abstimmungen zwischen Planungsbehörden der Länder (Gesundheitsministerien) und den Trägern der Häuser ist, erscheinen derartige Modifikationen aus heutiger Sicht noch wenig realistisch. Vielmehr werden sich künftig stationäre Einrichtungen – nicht zuletzt auch im Ergebnis der Regelungen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes – sehr nachhaltig um wirtschaftliche Standbeine außerhalb der stationären Versorgung von Patienten (z. B. integrierte Versorgung gemäß § 140 SGB V) bemühen. Hierfür sollte in jedem Fall eine Leistungsprogrammoptimierung nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen durchgeführt werden, wofür die Kostenträgerrechnung wiederum unabdingbar sein wird. Basis für entsprechende Entscheidungen ist die Kostenträgerzeitrechnung. Die Leistungserfassung für die Kostenträgerrechnung kann also erneut nur dem Zweck dienen, Durchschnittswerte pro Fall zu liefern.

## ■ Zusammenfassung

Spätestens seit Beginn des Jahres 2004 erfolgt die Abrechnung der im G-DRG-Katalog abgebildeten stationären Leistungen in deutschen Krankenhäusern ausschließlich über das pauschalierte Vergütungssystem. Da nunmehr die Preise für die allgemeinen voll- und teilstationären Krankenhausleistungen sowie die ambulanten Leistungen, die im Zusammenhang mit einer stationären Behandlung stehen, durch diagnoseorientierte Fallpauschalen vorgegeben sind, muss der wirtschaftliche Erfolg des Krankenhauses vorwiegend über die Kosten der Behandlungsfälle gesteuert werden. Dabei rückt der Patient – und nicht wie bisher der einzelne Behandlungstag – als Kostenträger in den Mittelpunkt. Es ist eine fallbezogene Kostenträgerrechnung erforderlich, die dem einzelnen Behandlungsfall alle durch ihn bedingten Kosten möglichst verursachungsgerecht zuordnet. Die Kostenrechnung sollte dabei eine behandlungsbegleitende und eine Nachkalkulation umfassen.

Für die Kostenrechnung im Akutkrankenhaus sind fast immer die durchschnittlichen Kosten der Patienten einer DRG oder einer Leistung die entscheidenden Informationen, weil auch das DRG-Entgelt eine statistisch durchschnittliche Zielkostengröße repräsentiert. Die behandlungsbegleitende Kalkulation stützt sich ebenfalls auf Durchschnittswerte der Vergangenheit. Die wichtigen Informationen der Nachkalkulation ergeben sich aus der Kostenträgerzeitrechnung pro DRG. Grundlage ist in jedem Fall eine qualifizierte Datenbasis zur Erfassung bzw. Zugrundlegung und Umlage der direkten und indirekten Fallkosten.

## Literatur

- BAUKMANN, D.: Die Kosten- und Erlösrechnung im Krankenhaus und ihre Prüfung, Düsseldorf 2001.
- BRÖSEL, G./KLEBINGAT, D.: Der Krankenhaus-Leistungsprozess – Stand und Entwicklung von Leistungserfassung und Leistungsvergütung, in: BURCHERT, H./HERING, TH. (Hrsg.): Gesundheitswirtschaft, München, Wien 2002, S. 215 – 229.

DKG, GKV, PKV: Kalkulation von Fallkosten – Handbuch zur Anwendung in Krankenhäusern, Version 2.0 vom 31. Januar 2002, [www.g-drg.de](http://www.g-drg.de).

GREILING, D.: Rahmenbedingungen des Krankenhausmanagements, in: EICHHORN, P. et al. (Hrsg.): Krankenhausmanagement, München, Jena 2000, S. 69–103.

HOFFJAN, A.: Ertragsmanagement für Krankenhäuser, in: Controlling, 15. Jg. (2003), S. 467–473.

KLOCKHAUS, H. E.: Kosten- und Leistungsrechnung im Krankenhaus, München 1997.

KRAUS, TH. W. et al.: Betriebswirtschaftliche Kosten- und Leistungssteuerung in chirurgischen Kliniken zwischen Markt- und Planwirtschaft, in: Der Chirurg, 71. Jg. (2000), S. 281–291.

MIDDENDORF, C.: Ganzheitliches Medical Controlling, in: VON EIFF, W./ZIEGENBEIN, R. (Hrsg.): Geschäftsprozessmanagement, Gütersloh 2001, S. 161–218.

SCHRÖDER, J.-P.: Krankenhausinformationssysteme, in: EICHHORN, P. et al. (Hrsg.): Krankenhausmanagement, München, Jena 2000, S. 517–532.

SCHRÖDER, M./HOFFJAN, A./SCHRÖDER, T.: Yield Management steigert Ertrag des Krankenhauses, in: Führen und Wirtschaften im Krankenhaus (f&w), 20. Jg. (2003), S. 15–23.

ROEDER, N. et al.: Frischer Wind mit klinischen Behandlungspfaden (II), in: Das Krankenhaus, 95. Jg. (2003), S. 124–130.